

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	159343
Elaborada por:	LUISA CAMILA ENRIQUEZ LUNA (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Numero de la solicitud de conciliación extrajudicial:	1537763
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Nulidad y restablecimiento del derecho
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA (REPARTO)
Valor económico inicial:	\$119.992.956,00
Valor económico indexado:	\$119.992.956,00
Última actuación:	PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL

Partes del proceso o caso:

Tipo de parte procesal	Tipo de documento	Identificación	Nombre/Razón social	Calidad
ENTIDAD	Número de identificación tributaria	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	CONVOCADO
OTRA PARTE	Número de identificación tributaria	8902053614	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER FOSCAL	CONVOCANTE

Hechos:

1.1. LA IPS FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER FOSCAL PRESTÓ SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA A PACIENTES DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO 2019 AL 2023.

1.2. LA IPS RADICÓ ANTE LA ADRES 136 FACTURAS POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCASIONADOS POR VEHÍCULOS NO ASEGURADOS CON PÓLIZA SOAT O NO IDENTIFICADOS, EVENTOS CATASTRÓFICOS O TERRORISTAS.

1.1. DE ALGUNAS CUENTAS NO SE HA RECIBIDO COMUNICACIÓN POR PARTE DE LA ADRES RESPECTO DE LA APROBACIÓN, NI ORDENADO EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES RADICADAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, NI RESPECTO DEL PAGO DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 780 DE 2016

1.2. LA ADRES NEGÓ EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES Y EMITIÓ GLOSA DE MANERA INJUSTIFICADA.

Causas y Subcausas:

Entidad	Causa	Subcausa
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	INCUMPLIMIENTO EN EL RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS INCLUIDOS O NO EN EL POS	

Valor económico del proceso o caso

Pretensiones:

Descripción	Unidad monetaria	Valor
	PESOS	119.992.956,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Pruebas allegadas al caso por las partes:

3.1. Parte convocante:

3.1.1. La trazabilidad completa de las facturas o reclamaciones objeto de cobro en formato Excel.

3.1.2. Soportes de radicación ante la ADRES de las facturas o reclamaciones objeto de cobro.

3.2. Parte convocada:

3.2.1. Apoyo técnico validado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de información y Comunicaciones con ticket 5269.

Requisitos con que cumple la solicitud de conciliación:

Designación del funcionario al que se dirige
Individualización de las partes y sus representantes
Aspectos que se quieren conciliar y los hechos en los que se fundamentan
Pretensiones que formula el convocante
Relación de las pruebas que se acompañan y de las que se harían valer en el proceso
Demostración del Agotamiento de la vía gubernativa
Estimación razonada de la cuantía
Manifestación bajo la gravedad de juramento de no haber presentado demandas o solicitudes de conciliación con base en los mismos hechos
Indicación del lugar para que se surtan las notificaciones, el número o números telefónicos, número de fax y correo electrónico de las partes

Copia de la petición de conciliación enviada previamente al convocado
Firma del apoderado del solicitante o solicitantes

Decisiones del comité de conciliación relacionadas con el proceso objeto de estudio

Decisiones tomadas por el comité en casos similares:

Nro. Ekogui	Número de identificación	Decisión del comité	Conclusiones del comité
1426322		No concilia	El Comité por unanimidad resuelve no proponer fórmula de conciliación toda vez que los 787 recobros se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la caducidad. Frente a los demás no es viable su reconocimiento debido a la imposición de glosas con fundamento en la normativa vigente a la fecha de prestación del servicio.
1455138		No concilia	No presentar fórmula conciliatoria, teniendo en cuenta que la información contenida en el FURPEN, por una parte generó duda razonable en virtud a que no es consistente con otras reclamaciones que se encuentran en trámite; adicionalmente, y comoquiera que la indemnización peticionada tiene sustento en una reclamación administrativa que se encuentra debidamente reglamentada en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016 que disponen el agotamiento de una auditoria integral de carácter médico, jurídico y financiero, si se evidencia una atención medica que sustente la atención de la víctima debe aportarse, situación que no acaeció en el particular, por lo que la administración se encuentra impedida de efectuar el reconocimiento requerido. Es vital tener en cuenta que la convocante únicamente allegó una certificación de la EPS SALUD TOTAL, en la que se indica “no hay registro con atenciones en el servicio de urgencia ni en consulta externa como medicina general, medicina especializada, odontológica, en la unidades atención (UUAP, UAB, UOD, UME) de Salud Total”, la cual no se relaciona con la atención del accidente de tránsito, pero, en todo caso, en los soportes se enuncia una atención medica que requiere validarse y como se indicó, no fue aportada.

Análisis del proceso o caso

Objeto de la solicitud de conciliación

- 2.1 Que se declare la nulidad de las glosas (actos administrativos) emitidas por la ADRES que negaron el pago de las cuentas radicadas por la IPS, glosas que se adjuntan en la trazabilidad de cada cuenta.
- 2.2 Que adicionalmente, se declare la nulidad del acto ficto o presunto negativo respecto de cada una de las cuentas radicadas y frente a las cuales no hubo pronunciamiento de la ADRES (ni glosa ni pago) y por ende no se ha obtenido el pago adeudado a la IPS.
- 2.3 Como consecuencia de la declaratoria de nulidad del acto ficto o presunto negativo, se declare que la IPS, autorizó y garantizó la prestación de servicios de salud a las víctimas de los accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y por ende se declare la obligación de pago de la Nación –ADRES, quien tiene la obligación legal de asumir los costos de los servicios prestados a diferentes usuarios víctimas de accidentes de tránsito señalados en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes.
- 2.4 Que, como consecuencia de la declaración anterior, se condene a la Nación – ADRES a cancelar a la entidad demandante la suma de \$119.992.956 correspondientes a 136 reclamaciones.
- 2.5 Que se condene a la Nación – ADRES a pagar de manera indexada.
- 2.6 Sobre la suma descrita, se ordene el reconocimiento y pago de intereses moratorios.

Principal problema jurídico

¿En el presente caso se configuró el silencio administrativo ficto o presunto? Así mismo si, ¿Es procedente el reconocimiento y pago de las reclamaciones presentadas por la IPS convocante por satisfacer la totalidad de requisitos exigidos en la normativa especial? Para lo cual, se requiere verificar el estado de auditoría de las reclamaciones en el evento en que todas hubieren sido presentadas efectivamente ante la ADRES o quien hubiere hecho sus veces.

En caso de encontrar cantidades inferiores a las indicadas por la convocante, se deberá realizar el análisis frente al estado de las reclamaciones para determinar si estas cumplieron con los requisitos establecidos en el Decreto 780 de 2016 para su reconocimiento y pago.

Análisis de caducidad y/o prescripción

Dadas las consideraciones previamente enunciadas, se debe tener en consideración que el medio de nulidad y restablecimiento del derecho según el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, debe presentarse dentro de los (4) meses siguientes a la publicación del acto administrativo. Sin embargo, en el caso objeto de estudio nos encontramos ante la posible ocurrencia de silencio administrativo negativo por acto ficto o presunto, lo cual dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA. La demanda deberá ser presentada:

1. En cualquier tiempo, cuando:
(...) d) Se dirija contra actos producto del silencio administrativo; “

Así las cosas, frente al caso concreto no es posible estudiar el fenómeno de la caducidad, puesto que la demanda puede presentarse en cualquier tiempo. Lo que significa que en los casos en los que se configura un acto ficto o presunto producto de un silencio de la Administración, no existe término perentorio alguno que dé cabida al fenómeno de la caducidad.

Sin perjuicio de lo anterior, comoquiera que además se pretende el pago de las reclamaciones, las cuales tuvieron resultados entre el 13 de octubre de 2021 hasta el 15 de septiembre de 2022, se evidencia que frente a 6 reclamaciones acaeció el fenómeno jurídico de la caducidad establecido en el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, en razón a que la solicitud de conciliación se radicó el 04 de septiembre de 2023.

reclamacionID	Numero_Paquete
16602657	2021-12-10
16419150	2021-10-13
16419142	2021-10-13
16419140	2021-10-13

17191800 2022-10-28
16937705 2022-09-15

De otro lado, 6 reclamaciones cuyo resultado se entregó el 21 de junio de 2023 se encontraría en oportunidad de ser cuestionada en vía judicial.

Por último, se reitera que 124 reclamaciones están en proceso de entrega de resultados y auditoría.

Análisis del caso

7.1. Insumo técnico proferido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones

Una vez se recibió la solicitud de conciliación, el día 12 de septiembre de 2023 la OAJ solicitó el insumo técnico sobre 2 facturas aducidas por la convocante a través de mesa de servicios en la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones. El apoyo técnico fue atendido por la funcionaria Yuly Otalora el 27 de septiembre de 2023.

Conforme al archivo Excel, se logró establecer que en efecto la IPS presentó 111 reclamaciones, y no 358 reclamaciones como aduce la convocante; sin embargo, del universo de reclamaciones que son objeto de conciliación, se pudo establecer que 66 no han finalizado el trámite de auditoría médica. Así las cosas, se presenta el siguiente detalle:

	Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Aprobado	Valor Glosado	Auditoría
Total	358	\$ 188.824.218,00	\$ 23.844.901,00	\$ 13.243.875,00	\$ 51.735.442,00

Adicionalmente, la IPS convocante presentó reclamaciones derivadas de:

- No asegurado – 19 reclamaciones
- Vehículo fantasma – 117 reclamaciones

De acuerdo con la auditoría efectuada se registran los siguientes resultados:

- APROBADO: 15 reclamaciones
- NO APROBADOS: 25 reclamaciones
- APROBADA PARCIAL: 30 reclamaciones
- AUDITORÍA MEDICA: 66 reclamaciones

Precisado lo anterior, se profundizará en las glosas mayoritarias de las reclamaciones que surtieron oportunamente su trámite de auditoría.

7.2. De las glosas impuestas

Frente a los radicados glosados se encontraron las siguientes glosas:

? Justificación: Para esta glosa se evidencian las siguientes observaciones:

Material CATETER SUCCION N 12 no tienen la justificación. No se reconoce CATETER SUCCION N 12 no justificado de acuerdo a estancia y cambio cada 72 horas

Ayuda diagnóstica rx columna lumbosacra, abdomen total no tiene justificación

Material EQUIPO BOMBA INFUSION no tienen la justificación. No se reconoce EQUIPO BOMBA INFUSION no justificado de acuerdo a estancia y cambio cada 72 horas

La ayuda diagnóstica (Rx de tórax) no tiene justificación. De acuerdo a examen físico de ingreso y evolución médica.

De acuerdo con lo establecido en el Manual de auditoría integral, se consideran glosas por justificación todas aquellas que:

- a) Por no existir coherencia entre la epicrisis y los soportes de atención, anexos en cuanto a las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica;
- b) por ser ilegibles los diagnósticos realizados;
- c) por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada. Así las cosas, no existe relación entre la tecnología en salud prestada con el evento que originó la reclamación. Por tanto, no es claro para la administración que le asista el derecho a la IPS recobrante.

? Soportes:

Soporte de material (JERINGA DESECHABLE 5 ML) ausente o incompleto.

Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con (Fecha de evento Magnético (28/01/2021) vs Físico (29/01/2020))

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

Así entonces, el Manual de Auditoría Integral respecto al tema estableció:

5. Que el reclamante presenta dentro de los términos definidos por la legislación vigente los formularios en cada caso, de forma completa, legible y según los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta lo establecido en el numeral 2 del literal A del artículo 17 de la Resolución 1645 de 2016, el cual estableció los requisitos mínimos que deben aportar las IPS que pretenden el reconocimiento económico por reclamaciones de prestación de servicios en salud por accidentes de tránsito si SOAT. Al respecto, se reitera que la parte actora no tuvo en cuenta dichas condiciones, situación que conllevó a la imposición de las respectivas glosas.

Así entonces el mencionado artículo estipuló:

“Artículo 17. Desarrollo de la etapa de auditoría integral. Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el FOSYGA o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre-radicación y radicación: A. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud (...)

2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación...”

Conforme a lo anterior, no es subsanable la inconsistencia presentada bajo la imposición de esta glosa; puesto que la IPS es la responsable de allegar esta información de forma correcta; para que no se presenten dudas o inconsistencias respecto de la prestación del servicio médico quirúrgico.

? FACTURACIÓN Y TARIFAS

Facturación

La factura de venta o documento equivalente allegada en los soportes de la reclamación presenta diferencias respecto de la información registrada en el medio magnético. Existe inconsistencia entre el medio físico y magnético en relación con valor unitario medicamentos, no se evidencia ajuste en la factura.

La factura o el documento equivalente no cumplen con alguno de los requisitos legales, esto es, fecha de emisión factura fuera de rango de DIAN.

Tarifas

MAYOR VALOR COBRADO AL CONTENIDO EN EL MANUAL TARIFARIO SOAT - [967,00]

El material (Agua esteril) hace parte de (Atención integral) y se cobra adicionalmente.

De acuerdo con lo establecido en el manual de auditoría integral, el fundamento para la imposición de esta glosa radica en que se verifique que la factura de venta o el documento equivalente anexado por la IPS cumpla con los requisitos del Estatuto Tributario, y que incluya todos los servicios y/o tecnologías en salud reclamados.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la diferencia de valores entre los servicios prestados (soportes) y el valor facturado presentan inconsistencias, por tanto, no cumple con los requisitos establecidos para tal fin; de acuerdo con lo normado en el artículo 617:

“ARTICULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA. <Artículo modificado por el artículo 40 de la Ley 223 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.
- b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
- c. <Literal modificado por el artículo 64 de la Ley 788 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
- d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
- e. Fecha de su expedición.
- f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
- g. Valor total de la operación.
- h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre la venta...”

Ahora, en lo referente a la glosa por tarifas, el Decreto 2423 de 1996 indicó:

“Parágrafo 5°. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos definidos en el artículo 1° de este decreto son las establecidas por el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. Dichas tarifas son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas...”

Así las cosas, las reclamaciones afectadas con bajo esta glosa, no son susceptibles de reconocimiento por parte de la ADRES por estar viciado el título valor que soporta la prestación del servicio. Haciendo inexigible la obligación por falta de requisitos esenciales de acuerdo con la normativa vigente, ya que es la IPS quien esta llamada legalmente a cumplir y subsanar los mismos.

? Habilitación:

Servicio de (Imágenes ionizantes) no habilitado para la prestación del servicio.
Servicio de NUTRICION Y DIETETICA no está habilitado para la fecha de prestación.

De acuerdo con el artículo 2.6.1.4.2.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, los servicios de salud que son reconocidos son aquellos que son brindados “por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que este traía.”

Dado lo anterior, el numeral 11 del literal A) del artículo 17 de la Resolución 1645 de 2016 dispone que son aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

“Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.”

Lo expuesto, en razón a que los prestadores de servicios de salud deben estar debidamente habilitados para prestar los servicios de salud que desean ofertar. En consecuencia, en los casos en los que se verifica que la IPS no se encuentra debidamente habilitada, se procede a imponer glosa.

Es por ello que, es improcedente presentar acuerdo conciliatorio del valor de las reclamaciones presentadas por las IPS derivadas de la atención en salud; toda vez que de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1645 de 2016, y la normativa vigente para la fecha de prestación de servicio (2020 - 2022), la IPS convocante no acreditó los soportes mínimos.

7.3. Procedimiento administrativo para el pago de las reclamaciones de servicios de salud

De acuerdo con el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos cuando son víctimas de accidentes de tránsito, acciones terroristas o catástrofes naturales. Para el caso de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos asegurados con póliza SOAT, el cubrimiento de los servicios médicos se encuentra a cargo de la compañía aseguradora hasta por un tope de 800 smldv. Mientras que lo que corresponde a accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados con póliza SOAT o no identificados, acciones terroristas o catástrofes naturales, el cubrimiento le corresponde la ADRES en un tope también de 800 smldv. Para lo cual, se deben seguir las condiciones y procedimiento expuesto en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016.

Así las cosas, las IPS deben seguir un procedimiento administrativo para obtener el reconocimiento de los servicios de

salud que son cubiertos con cargo a los recursos que administra la ADRES, el cual se encuentra conformado por las siguientes etapas: 1) pre—radicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda.

En la etapa de auditoría, la ADRES o quien haga sus veces realiza una verificación en salud, jurídica y contable sobre las reclamaciones que han sido presentadas, con el fin de validar si estas cumplen con los requisitos normativos descritos en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016. Al finalizar la etapa en mención, la ADRES adopta una decisión de fondo definitiva sobre la solicitud de reconocimiento de la IPS, en la que se puede aprobar, aprobar parcial y no aprobar la reclamación presentada.

Frente a tal decisión, la IPS cuenta con un recurso denominado respuesta al resultado de auditoría, con el cual puede ejercer su derecho de contradicción y defensa. No obstante, como todo recurso debe interponerse dentro de la oportunidad señalada en la norma general o especial si la hubiere. Así las cosas, para el caso en concreto el artículo 24 de la Resolución 1645 de 2016 dispone de un término de 2 meses para su presentación.

En consecuencia, la factura termina siendo uno de varios documentos que son presentados adjuntos a la reclamación. Y su valor radica en que a través de este se verifica el componente contable que hace parte de la auditoría integral. No obstante, el reconocimiento y pago está sujeto a la verificación de los demás soportes que componen la reclamación. Para lo cual, se ilustran los aspectos mínimos de verificación de las reclamaciones:

1. Que el formulario esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo con el instructivo correspondiente.
2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.
3. Que la ADRES sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.
5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados previamente por la ADRES o por otra entidad.
6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.
8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de estos.
12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada.
15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

En conclusión, para el reconocimiento y pago de las reclamaciones que son presentadas por las IPS, estas deben seguir un procedimiento administrativo en el que presentan su reclamación junto con los soportes definidos por la norma. Hecho lo anterior, la ADRES o quien haga sus veces lleva a cabo una auditoría integral sobre las reclamaciones en las que verifica cada uno de los aspectos mínimos previamente enunciados (si aplican). Luego de lo cual, se emite una decisión de fondo que puede ser favorable o desfavorable a la IPS, frente a la cual puede ejercer su derecho de contradicción y defensa mediante la respuesta al resultado de auditoría.

7.4. La solicitud de reclamaciones no genera la revisión simple de una factura cambiaria ya que las facturas que se aportan no ostentan esta condición

De otro lado y atendiendo específicamente a la naturaleza de estos asuntos debe indicarse que la obligación de la ADRES proviene de una fuente legal y no de un acuerdo de voluntades, motivo por el cual hay un deber legal de acatar la norma, según las pautas, reglas condiciones y plazos establecidos en esta. Esto significa, que las facturas que se presentan no hacen las veces de títulos valores exigibles, sino que se debe demostrar que se cumplen con los elementos esenciales para su reconocimiento según la normatividad aplicable. En esa medida es incorrecto hablar de facturas cuando lo que se solicita es el pago de las reclamaciones.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que el Consejo de Estado, en concepto No. 2380 de 27/11/2018, sostuvo que si bien ante el FOSYGA (hoy ADRES) se efectúa el cobro de servicios de salud por parte de la IPS a través de facturas de servicio de salud, estas hacen parte de un régimen especial en el que se disciplinan aspectos propios de las facturas de salud, de acuerdo con la especial estructura negocial que subyace a estos asuntos y el derecho fundamental que conlleva su

prestación.

En dicho concepto la citada corporación aludió que, a pesar de los cambios introducidos por la Ley 1231 de 2008, la Corte Constitucional en Sentencia C-852 de 2009 estableció que no toda factura debe ser título valor, pues el artículo 3 de la Ley 1231 de 2008 contempla la posibilidad de que existan facturas que no reúnan los requisitos necesarios para asumir la calidad de título valor, sin perjuicio de que se trate de documentos que sirven de prueba del negocio subyacente a este.

Sin embargo, sostuvo de manera adicional que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, estas facturas están sujetas a los requisitos previstos para las facturas en el Estatuto Tributario y en el Código de Comercio. Es decir, la factura expedida con todas las formalidades y requisitos previstos en los artículos 772 y 774 del Código de Comercio se constituye en una factura cambiaria, si adicionalmente es aceptada por el comprador o beneficiario del servicio de forma expresa o tácita, despliega todos sus efectos como título valor de carácter crediticio. En otras palabras, obliga al comprador de los bienes o beneficiario y permite que la factura sea negociada como título valor.

De este modo, tras validar la factura que se allega con las reclamaciones y que soporta la prestación de servicios de salud por parte de las IPS, el Consejo de Estado concluyó que en casos como los de servicios de atención inicial de urgencias no se cumple con el presupuesto exigido por el artículo 772 del Código de Comercio para que exista una factura cambiaria, esto es, que la factura corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito. En consecuencia, las facturas que se emiten para el cobro de estos servicios no se pueden constituir en facturas como título valor, según lo regulado por el artículo 772 modificado por la Ley 1231 de 2008.

En complemento de lo dicho, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante comunicación remitida al jefe de la Oficina Asesora Jurídica indica lo siguiente:

“Es preciso aclarar que, los despachos judiciales de los procesos descritos han incurrido en un grave error al interpretar que las facturas que expiden las IPS a ADRES por los servicios de salud relacionados con i) accidentes de tránsito con vehículos sin SOAT o no identificados y ii) eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas, son un título valor y por tanto le serían aplicables las reglas del Código de Comercio. Para determinar lo anterior, se procede a realizar el siguiente análisis jurídico.

La Subcuenta ECAT, tiene la obligación de garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daños como consecuencia directa de accidentes de tránsito, acciones terroristas o catástrofes naturales, lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Los recursos que integran la Subcuenta en mención se establecieron en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993, en los que están incluidos, entre otros, los recursos del FONSAT (Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), significa lo anterior que las víctimas de accidentes de tránsito en los casos que no existe cobertura del SOAT, pasaron a ser cubiertas directamente por el entonces FOSYGA hoy ADRES.

Ahora bien, para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados, indemnizaciones y gastos derivados, en su mayoría, de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, tanto el legislador como el marco regulatorio señalan que las Institución Prestadora de Servicios de salud deben acudir al procedimiento especial para el reconocimiento y pago de las reclamaciones.

Este procedimiento especial supone, de una parte, el cumplimiento de las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios descritos en los artículos del 2.6.1.4.1 al 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016; y de otra, la realización de la auditoría integral, y la validación de los requisitos establecidos en la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social, como consecuencia del cual se generan resultados de auditoría de aprobado, aprobado parcial y no aprobado; y se procede el pago, únicamente, de las reclamaciones aprobadas total o parcialmente.

Con el objeto de dar mayor claridad, se tienen como requisitos para la presentación de reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT del FOSYGA, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, principalmente, los siguientes:

“REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES CON CARGO A LA SUBCUENTA ECAT SERVICIOS MÉDICO - QUIRÚRGICOS COBERTURA

Hasta 800 salarios mínimos diarios legales vigentes (SMLDV) en el momento del accidente

Hasta 300 SMLDV cuando se trata del excedente de la póliza SOAT en caso de vehículo asegurado para eventos anteriores

al 10 de julio de 2012 conforme lo dispone el Decreto 967 de 2012

FORMULARIO

Formulario Único de Reclamación por parte de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos - FURIPS Resolución 1915 de 2008

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios

REQUISITOS

- Formulario FURIPS
- Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008
- Para los Prestadores de los Servicios de Salud, el anexo técnico, deberá contener la firma digital del Representante legal
- Soporte médico de la atención, Epicrisis (Resolución 3374 de 2000); Copia de la atención de Urgencias, copia de la atención ambulatoria
- Accidente de Tránsito: Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.
- Evento Catastrófico: Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y / o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989 O normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento
- Evento Terrorista : Certificación expedida por una de las siguientes autoridades el Alcalde del respectivo municipio o distrito , la Personería Municipal o Distrital quien haga sus veces , en su ausencia , las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o , en últimas , la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia , respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos .
- Factura o cuenta de cobro requisitos Art 617 Estatuto Tributario.
- Detalle de los servicios prestados de acuerdo al Decreto 2423 de 1996.
- En caso de póliza SOAT vigente, Certificación de agotamiento de tope eventos previos a la entrada en vigencia del Decreto 967 de 2012

Como se observa al no cumplir con los requisitos normativos, no existe legalmente una obligación por parte de esta Entidad de adelantar el pago de dichas facturas, figura que desconocen los distintos despachos judiciales, que dentro de los procesos ejecutivos incoados en contra de esta Entidad, afirman que las facturas presentadas como pruebas cumplen con los presupuestos del artículo 774 del Código de Comercio, convirtiendo cada factura en un “título valor”, sin que se tenga en cuenta que dichos requisitos distan en que dichas facturas deben ser canceladas con fundamento en una obligación legal y no en un contrato verbal o escrito celebrado entre el Ente Prestador y ADRES.

Para lo cual es preciso recordar que en la prestación de los servicios de salud interviene tres sujetos, el prestador del servicio (IPS), el sujeto de atención y la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, no obstante el acuerdo de voluntades que subyace a la prestación de los servicios de salud, y que sirve de causa a la “factura cambiaria” como título valor que se expide para su cobro, se celebra entre el emisor de la factura (IPS) y el pagador de los servicios, ejemplo, la EPS, quien desde el punto de vista contractual es el beneficiario de los servicios prestados por la IPS.

El artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 indica que “No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito”, por lo que la interpretación de los jueces es errónea, dado que no todas las facturas de salud surgen de un contrato, pues los servicios de atención inicial de urgencia son obligatorios y no requieren contrato o autorización, tal y como lo dispone el artículo 677 de la Ley 715 de 2001 (facturas emitidas por las IPS a la ADRES).

Asimismo, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 indica “TRÁMITE DE GLOSAS las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y el alcance definidos en la normatividad vigente (...)”

Por lo que al hacer una revisión de lo reglado en el artículo 772 del Código de Comercio, en el presente caso, no se cumplirían los requisitos allí plasmados, ya que los valores allí reclamados no se podrían exigir por medio de facturas, únicamente, como lo buscan los hoy demandantes, y al no existir el servicio prestado en virtud de un contrato, no se podría hablar de una aceptación tácita pasados los dos meses de su radicación sin que haya pronunciamiento de ADRES. En razón

a lo anterior, en estos casos no se podría predicar la existencia de un título valor, ergo, no existiría la figura de la aceptación tácita y por tanto, el proceso ejecutivo no sería el mecanismo para reclamar los valores allí prestados, si no por el contrario debería ser por un proceso ordinario laboral, un declarativo o una acción contencioso administrativa.

Entonces, teniendo en cuenta la naturaleza del procedimiento establecido en la norma para el reconocimiento y pago de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, denominados reclamaciones, es evidente que las obligaciones que pretende hacer efectivas la entidad demandante carecen de mérito ejecutivo pues no cumplen el requisito de exigibilidad tal y como se explicó anteriormente.

Sobre el particular, es imperioso reproducir el análisis efectuado por la Corte Constitucional en Sentencia T-747 de 2013 respecto de los títulos ejecutivos:

«Los títulos ejecutivos deben gozar de dos tipos de condiciones: formales y sustanciales. Las primeras exigen que el documento o conjunto de documentos que dan cuenta de la existencia de la obligación “(i) sean auténticos y (ii) emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contencioso administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, o de un acto administrativo en firme.” Desde esta perspectiva, el título ejecutivo puede ser singular, esto es, estar contenido o constituido en un solo documento, o complejo, cuando la obligación está contenida en varios documentos. Las segundas, exigen que el título ejecutivo contenga una prestación en beneficio de una persona. Es decir, que establezca que el obligado debe observar a favor de su acreedor una conducta de hacer, de dar, o de no hacer, que debe ser clara, expresa y exigible. Es clara la obligación que no da lugar a equívocos, en otras palabras, en la que están identificados el deudor, el acreedor, la naturaleza de la obligación y los factores que la determinan. Es expresa cuando de la redacción misma del documento, aparece nítida y manifiesta la obligación. Es exigible si su cumplimiento no está sujeto a un plazo o a una condición, dicho de otro modo, si se trata de una obligación pura y simple ya declarada.» (Negrilla fuera de texto)

Esta providencia ilumina el asunto sub examine, como quiera que hace imposible la asimilación de las reclamaciones con “títulos valores” que presten mérito ejecutivo, dado que conforme con lo expuesto, las reclamaciones por sí mismas no cumplen los requisitos sustanciales para sustentar un proceso de ejecución, debido a que están sujetas al cumplimiento de una condición, consistente en el agotamiento del procedimiento de auditoría integral establecida en el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016.

Ahora, se insiste en que en el caso de los servicios de salud prestados de salud con ocasión de accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural, o los demás eventos aprobados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las obligaciones de efectuar el reconocimiento y pago no tienen origen en una relación contractual, sino en la Ley en cuanto fuente de obligaciones, y, por consiguiente, no se cumplen los requisitos previstos en el artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 para que la factura allegada con la reclamación tenga los mismos efectos de una factura cambiaria: «no podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito».

Por lo tanto y dado que los argumentos jurídicos esbozados en los procesos ejecutivos no han sido de validez para, en especial, este Despacho Judicial, nos vemos en la imperiosa necesidad de solicitar su intervención en los procesos ejecutivos que se adelantan en zonas muy específicas del país, como se detalla en el documento adjunto.

Por último, es importante aclarar que el Consejo de Estado – Sala de Consulta y Servicio Civil, expidió un concepto relacionado con las facturas del sector salud, que aclara la tesis expuesta en precedencia, razón por la cual de adjunta a la presente solicitud el extracto de lo expuesto por el Consejo de Estado (Anexo 2). Dado que dicho concepto aún goza de reserva, solicito especialmente que la ANDJE mantenga dicha condición” (Negrita y subrayado fuera de texto).

Conforme lo hasta aquí expuesto, deberá tenerse en cuenta la normativa especial y aclarar que el cobro pretendido debe hacerse en el marco de las reclamaciones y no de facturas que carecen del elemento ejecución.

7.5. Cobro de lo no debido

Al respecto, se debe advertir que a la IPS se le glosó un valor de \$ 110.049.363,00 y no \$ 119.992.956, como lo pretende en su solicitud de conciliación. Por lo tanto, habría un mayor valor sobre lo que no procedería su cobro, puesto que tales sumas ya le fueron aprobadas y reconocidas a la IPS.

El cobro de lo indebido tiene que ver con la teoría general de las obligaciones, es decir, con los vínculos jurídicos que ligan a dos o más personas en cuya virtud una de ellas (deudor) queda sujeta a realizar una prestación (comportamiento) a favor de otra (acreedor) para la satisfacción de un interés de éste digno de protección y a éste le corresponde un poder

(derecho de crédito) para obtener el cumplimiento de la prestación (Albadalejo). También se define la obligación como la relación jurí

Análisis del precedente judicial

N/A

Aplica directriz institucional o nacional:

NO

Recomendaciones del abogado

Recomendación al comité

No conciliar

Conclusiones

La Oficina Asesora Jurídica de la ADRES, en virtud de los argumentos expuestos y el informe técnico suministrado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, considera que en el presente caso NO ES VIABLE presentar fórmula conciliatoria sobre las 136 facturas. Lo anterior, teniendo en cuenta que, 15 reclamaciones refieren un estado de aprobadas, 25 reclamaciones en estado no aprobadas, 30 reclamaciones en estado aprobadas parcial y 66 reclamaciones aún se encuentran en trámite de auditoría médica. Trámite que se realizó, acorde con lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1645 de 2016, la Resolución 1915 de 2008 y el Manual de Auditoría Integral vigente. Por lo tanto, se trata de resultados que están debidamente soportados y comunicados.

Adicionalmente, frente a 6 reclamaciones se evidencia que acaeció el fenómeno jurídico de la caducidad teniendo en cuenta la fecha de comunicación de resultados se efectuó entre 13 de octubre de 2021 hasta el 15 de septiembre de 2022 y la fecha de la solicitud de conciliación data del 4 de septiembre de 2023.